

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard de la protection des données personnelles.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-586161

48984

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 894 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.60.84.20.39 Total des frais engagés : 26 NOV. 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : SERRAHIL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Crise cardiaque

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Fahd CHAARA

Directeur Medical

Clinique Internationale M

Tél. 05 24 44 40 00

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

22/09/2020

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/09/2020	LS		200,00	INP : 1011007591 Dr. Fahd CHAARA Directeur Médical National de Marrakech 10:40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 	 		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

PROFESSIONS DENTAIRES		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		MONTANTS DES SOINS													
<p>D G </p> <p>H B </p>		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
<p>DATE DU DEVIS</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															

SA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CIM

CLINIQUE
INTERNATIONALE
MARRAKECH

المصحة الدولية
مراكش

RTE DE L'AÉROPORT,
BAB IGHILI 40000
MARRAKECH
TEL. : 05 24 36 95 95
05 24 44 40 40
FAX : 05 24 44 40 42

طريق المطار، باب إغلي
مراكش 40 000
الهاتف : 05 24 36 95 95
05 24 44 40 40
الfax : 05 24 44 40 42

ANESTHESIE-REANIMATION
CARDIOLOGIE GENERALE
ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHÉTIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE
NEPHROLOGIE
CHIRURGIE VISCERALE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
DERMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
HÉMATOLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PEDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE
PNEUMOLOGIE
RADIOLOGIE
SERVICE RADIOLOGIE
0524 369 600
SERVICE CONSULTATIONS
0666 643 837
SERVICE PRISE EN CHARGE
0673 961 316 ET 0662 854 677
SERVICE FACTURATION
0662 852 953

29/09/2020
MARRAKECH LE

Facture

N°1200/2020

Je Soussigné(e) certifie que Mr. ERRAHILI
MOHAMED AMINE a effectué le bilan radiologique
suivant :

Examen(s) réalisé(s) :
IRM CEREBRALE

Montant: Trois milles (3000 DH)

Dont le montant est :

La présente note est arrêtée à la somme de:
TROIS MILLES DH

Valeur en votre aimable règlement

Dr. Karima LAHLALI
CENTRE D'IMAGERIE
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab Ighli - Route de l'ermoum
Tél: 05 24 37 60 66 - Fax: 05 24 40 32
E-mail: o.imagerie.marrakech@gmail.com

INPE :
070061031

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM



**CLINIQUE
INTERNATIONALE
MARRAKECH**

**المصحة الدولية
مراكش**

RTE DE L'AÉROPORT.
BAB IGHILI 40000
MARRAKECH
TÉL : 05 24 36 95 95
05 24 44 40 40
FAX : 05 24 44 40 42

طريق المطار، باب إغلي
مراكش 40 000
الهاتف : 05 24 36 95 95
05 24 44 40 40
fax : 05 24 44 40 42

ANESTHESIE-REANIMATION
CARDIOLOGIE GENERALE
ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHETIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE
NEPHROLOGIE
CHIRURGIE VISCERALE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
DERMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
HÉMATOLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PEDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE
PNEUMATOLOGIE
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE
0524 369 600
SERVICE CONSULTATIONS
0666 643 837
SERVICE PRISE EN CHARGE
0673 961 316 ET 0662 854 677
SERVICE FATTURATION
0662 852 953

MARRAKECH LE 29/01/2008

Dr. Fahd Chahra

Faîte svp

From Chebâa

-RC : Crise convulsive

Dr. Fahd CHAHRA
Directeur Médical
Clinique Internationale de Marrakech
Tél : 05 24 44 40 40

الطب المغاربي
CENTRE DE MAGASIN MÉDICAL DE MARRAKECH
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab Ighli - Route de l'aéroport
Tel : 05 24 37 60 60 - Fax : 05 24 44 36 32
E-mail : clinique.marrakech@gmail.com

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

الدكتورة كريمة الهملاوي

Docteur Karima LAHLALI-CHAKIR

الدكتور نور الدين شاكر

Professeur Noureddine CHAKIR

Marrakech, le 29/09/2020

PATIENT :ERRAHILI MOHAMED AMINE

IRM CEREBRALE

Indication : crise convulsive.

Technique d'examen : Examen réalisé sans injection avec des coupes axiales T2 DWI et T1, coronales T2, IR et Flair explorant le crâne.

RESULTATS :

- Absence d'anomalie parenchymateuse au niveau sus- et sous-tentoriel, en particulier au niveau des lobes temporaux et des formations hippocampiques.
- Structures ventriculaires et cisternales de taille et de situation normales.
- Absence d'anomalie de flux ou de calibre des gros troncs artériels du polygone de Willis et de leurs branches de division proximales.
- Sinus dure-mériens perméables.
- Absence d'anomalie de la charnière cervico-occipitale.

CONCLUSION :

IRM cérébrale sans particularités.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr Karima LAHLALI

Centre : IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab Ighli - Route de l'aéroport
Tel : 05 24 37 66 66 - Fax : 05 24 36 31 32
E-mail : c.imagerie.marrakech@gmail.com